

Elämän loppuvaiheen lähestyessä

Saattohoito-opas omaisille

Katja Heija
Sini Lehtonen
Heidi-Maria Rinne

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2015

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) Heija, Katja Lehtonen, Sini Rinne, Heidi-Maria	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 18.2.2015
	Sivumäärä 48	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Elämän loppuvaiheen lähestyessä Saattohoito-opas omaisille		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Tiina Blek, Eila-Marjatta Rahunen		
Toimeksiantaja(t) Yksityinen hoivakoti		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Hyvään saattohoitoon kuuluu ihmisen yksilöllinen kohtaaminen ja hänen läheistensä huomioiminen. Onnistuessaan saattohoito takaa mahdollisimman kivuttoman, rauhallisen, luonnollisen ja inhimillisen kuoleman. Saattohoidosta on olemassa valtakunnallisia, sekä kansainvälisiä suosituksia ja myös Suomen laki säätelee omalta osaltaan saattohoitoa. Valittavasti suositusten asettamat kriteerit eivät tällä hetkellä kaikilta osin toteudu Suomessa. Tulevaisuuden haasteena on löytää taloudellisia resursseja terveydenhuollon henkilökunnan kouluttamiseen ja erityisten saattohoitokotien ja yksiköiden perustamiseen. Myös yhteistyötä läheisten kanssa tulisi jatkossa lisätä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä omaisille tarkoitettu saattohoidon opas yksityiseen hoivakotiin. Oppaaseen on koottu oleellisia saattohoitoon liittyviä asioita. Aiheet oppaaseen on valittu yhteistyössä toimeksiantajan edustajan kanssa. Aiheet käsittelevät saattohoitoa yleisesti, siihen liittyviä fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia, sekä kivun hoitoa ja omaisyhteistyötä. Oppaan tarkoituksena on antaa tietoa saattohoidosta omaisille ja myös rohkaista heitä keskustelemaan henkilökunnan kanssa. Yksityinen hoivakoti tulee käyttämään opasta jatkossa omaisyhteistyössään.</p>		
Avainsanat (asiasanat) saattohoito, opas, omaiset, yhteistyö		
Muut tiedot		



Author(s) Heija, Katja Lehtonen, Sini Rinne, Heidi-Maria	Type of publication Bachelor's/Master's thesis	Date 18.2.2015
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 48	Permission for web publication: x
Title of publication As the final stage of life approaches Terminal care guide book for relatives		
Degree programme Degree programme in Nursing		
Tutor(s) Tiina Blek, Eila-Marjatta Rahunen		
Assigned by Private nursing home		
<p>Abstract</p> <p>Good terminal care entails encountering the patient as an individual as well as taking his or her close relatives into account. Successful terminal care guarantees as painless, calm, natural and as humane a death as possible. There are national and international recommendations concerning terminal care, and also the Finnish law regulates terminal care for its part. Unfortunately, the criteria set by the recommendations do not fully materialize in Finland at the moment. In the future the challenge is to find financial resources to educate health care professionals and also to establish special terminal care homes and units. In addition, cooperation with the dying person's closest ones should be enhanced.</p> <p>The purpose of this thesis was to produce a relatives' guidebook about terminal care for a private nursing home. The guidebook contains essential information about terminal care. The topics in the guidebook were chosen in collaboration with the assignor's representative. The topics deal with terminal care in general, the physical and psychological changes related to it, pain relief as well as cooperation with the relatives. The purpose of the guidebook is to give information about terminal care for the relatives and also to encourage them to discuss with the staff. In future the private nursing home will use the guidebook in their cooperation with the relatives.</p>		
Keywords/tags (subjects) Terminal care, guide book, relatives, cooperation.		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Saattohoidon historiaa	4
3	Saattohoidon käsitteitä	5
4	Fyysiset muutokset	7
4.1	Kuoleman läheisyyden merkkejä	7
4.2	Perushoito	8
4.3	Hengitys	9
4.4	Ravitseminen ja nestehoito	11
5	Kipu	12
5.1	Kivun tuntemukset	13
5.2	Kivun tutkiminen ja diagnosointi	14
5.3	Kivun lääkehoito saattohoidossa	15
5.4	Kivun lääkkeetön hoito	16
6	Psyykkiset oireet	17
6.1	Masennus	18
6.2	Ahdistuneisuus	19
6.3	Unettomuus	19
6.4	Sekavuus	20
7	Omaiset	21
7.1	Henkilökunta ja omaiset	22
7.2	Suru	24
8	Opinnäytetyön vaiheet	25
8.1	Työn tavoitteet ja tarkoitus	25
8.2	Menetelmä	25
8.3	Tietoperusta ja asiasisällön rajaaminen	26
8.4	Toimeksiantajan esittely	27
8.5	Suunnittelu toimeksiantajan kanssa	28

8.6	Saattohoito-oppaan toteutus.....	29
8.7	Omaisten ilta	30
8.8	Palaute omaistenillasta	31
9	Pohdinta	31
9.1	Eettinen pohdinta	31
9.2	Opinnäytetyöprosessin pohdintaa.....	33
	Lähteet	35
	Liitteet	39
	LIITE 1. VAS- (Visual Analogue Scale)	39
	LIITE 2. Kehon kuvia	40
	LIITE 3. Power point esitys omaisille	41
	LIITE 4. Saattohoito-opas omaisille	44

1 Johdanto

Suomessa kuolee joka vuosi noin 50 000 ihmistä. Näistä saattohoitoa tarvitsevia on vuosittain noin 200 syöpäpotilasta ja 40 muita sairauksia sairastavaa potilasta 100 000 asukasta kohden. Kuitenkin saattohoidon suhteen Suomi luokitellaan jälkeensijaiseksi maaksi, sillä saattohoidosta tehtyjen raporttien mukaan Suomi ei toteuta niitä suosituksia, joita WHO (World Health Organization, 2002) ja EU (Euroopan Unioni 2009 ja 2010) ovat asettaneet hyväksi saattohoidon kriteereiksi. Näitä kriteereitä ovat muiden muassa saattohoitopaikkojen minimitarve sekä henkilökunnan määrä ja erityiskoulutus. Syitä saattohoidon huonolle toteutumiselle on useita. Merkittävimmit syiksi voidaan listata taloudelliset paineet terveydenhuollossa, resursien ja osaamisen tason vaihtelut kunnittain ja eri terveydenhuollon yksiköiden välinen puutteellinen yhteistyö. (Hänninen 2013, 11; Saattohoidon järjestäminen kunnissa 2015.)

Aiemmin luonnollinen kuolema on ollut läsnä ihmisten arjessa sodan, nälänhädän, tartuntatautien, suuremman lapsikuolleisuuden ja lyhemmän elinajanennusteen vuoksi. Kuolema on kuulunut luonnolliseksi osaksi elämää. Nykyään elämän loppuvaihe vietetään usein muualla, kuin kotona ja siksi ihmiset ovat vieraantuneet luonnollisesta kuolemasta. Usealla nykyihmisellä ei ole kokemusta kuolemasta, kuin median luomien kuvien kautta. Median luomat kuvat eivät usein anna todellista kuvaa kuolemasta, sen yksilöllisyydestä ja siihen liittyvistä hoitomenetelmistä. (Pelkonen 2013, 26.)

Saattohoito on erittäin tärkeä osa elämän loppuvaiheen hoitoa. Siinä korostuvat erityisesti inhimillisyys ja hoitotyön eettiset periaatteet ja arvot. Erilaiset periaatteet ja arvot aiheuttavat herkästi ristiriitatilanteita kuolevan, hänen omaistensa ja hoitohenkilökunnan välille. Ristiriitoja aiheuttavat myös esimerkiksi omaisten liian vähäinen tai vääränlainen tieto hyvästä saattohoidosta, ja kuolevan ja hänen omaistensa mahdollisesti erilaiset käsitykset elämän loppuvaiheen hoidosta ja sen tavoitteista. Tästä

syystä on tärkeää huomioida omaisten osallistuminen, lisäämällä heidän tietouttaan hyvästä suositusten mukaisesta saattohoidosta Suomessa.

Opinnäytetyömme idea syntyi syksyllä 2013 yhdessä käytyjen keskusteluiden kautta. Keskustelun yhteiseksi teemaksi nousi omaisten vähäinen tieto hyvästä saattohoidosta, jonka myötä kiinnostuimme kehittämään omaisten tietoutta aiheesta. Yhteistyökumppaniksi valikoitui alkuvuodesta 2014 yksityinen hoivakoti. Opinnäytetyön toteutustavaksi valikoitui hoivakodissa asuvien asukkaiden omaisille suunnattu saattohoidon opas.

2 Saattohoidon historiaa

Saattohoidolla ja kuolevan ihmisen hoidolla on pitkä historia. Ensimmäiset saattohoitokodit Euroopassa ovat lähtöisin jo 1800-luvulta. Varsinaisen saattohoitokulttuurin katsotaan kuitenkin olevan peräisin vasta 1967-luvulta Englannista. Tuolloin lontoolainen Cicely Saunders perusti Lontooseen kuoleville potilaille hoitokodin. Tämän hoitokodin perustamisen seurauksena hospice-liike lähti leviämään laajalti ympäri maailmaa ja saattohoitokoteja alkoi perustua. Hospice-sanalla tarkoitetaan saattohoitoa. (Sand 2003, 28.)

Suomessa ensimmäisen kerran alettiin puhua kuolevien hoidon kehittämisestä 1970-luvulla. Voimakkaampi kehitys kuitenkin tapahtui vasta 1980- ja 1990-luvuilla ensimmäisten saattohoitokotien perustamisen myötä. Aluksi puhuttiin terminaalihoitosta, mutta myöhemmin on alettu käyttämään käsitettä saattohoito terminaalihoidon sijasta. (Sand 2003, 27; Vuorinen 2013, 81.)

2000-luvulla on tapahtunut paljon kehitystä suomalaisessa saattohoidossa. Palliatiivisesta lääketieteestä on tullut oma erikoisalansa, jonka lääkärit ovat voineet suorittaa

vuodesta 2006 lähtien. Myös hoitajien osaamiseen saattohoidossa on alettu kiinnittää enemmän huomiota järjestämällä erikoistumisopintoja. Vuonna 2009 Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistys ja Suomen kuntaliitto tekivät suositukset saattohoidon järjestämisestä. Nämä suositukset astuivat voimaan 2010 ja ne pohjautuvat hyvin pitkälti Euroopan unionin (EU, 2009 ja 2010) ja Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen (EAPC, 2009 ja 2010) asettamiin minimikriteereihin saattohoidosta. Näissä suosituksissa on määritelty minimikriteerit hoitohenkilökunnan määrästä vuodepaikkaa kohden sekä saattohoitoa toteuttavan henkilökunnan koulutus. Lisäksi suosituksissa on osoitettu, kuinka monta saattohoito vuodepaikkaa tulee olla 100 000 asukasta kohden. (Aikuisväestön lautakunta, 2013; Sand 2003, 27; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010, 11; Vuorinen 2013, 81, 84.)

Euroopan Unionin ja Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen asettamien suositusten tavoitteena on myös saattohoidon terminologian yhdistyminen Euroopan maissa. Terminologian yhdistyminen on merkittävä asia. Tämän avulla saattohoidon toteutumista voidaan tutkia ja vertailla luotettavimmin kansainvälisellä tasolla. (European Association for palliative care 2009, 280)

3 Saattohoidon käsitteitä

Palliatiivinen hoito on maailman terveysjärjestö (WHO) määrittelyn mukaan parantumattomasti sairaiden ja kuolevien potilaiden aktiivista hoitoa. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena on tukea elämää ja pitää kuoleminen ja kuolema osana normaalia tapahtumaketjua. Palliatiivisessa hoidossa keskeistä on potilaan kivun ja muiden oireiden lievitys sekä psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten ongelmien käsittely. Myös omaisten huomiointi ja tukeminen ovat osa palliatiivista hoitamista. Palliatiivista hoitoa on vaikea rajata ajallisesti, sillä se voi sairaudesta riippuen kestää vuosia. Se sijoittuuakin yleensä aktiivihoidon ja saattohoidon välimaastoon. Palliatiivisessa hoidos-

sa tavoitteena on, että potilas ja hänen omaisensa voivat elää täyttää elämää potilaan kuolemaan asti. (Heikkinen, Kannel & Latvala. 2004, 17- 19; Rhen, 2013, 65.)

Hoitoneuvottelut ovat keskeisiä tekijöitä saattohoidossa. Usein ne ovat sarja keskusteluja, joihin osallistuvat potilas itse voimavarojensa mukaisesti ja häntä hoitava lääkäri. Potilaan tahdon mukaan hoitoneuvotteluihin voivat osallistua myös hänen omaisensa ja hänen hoitoonsa osallistuvia ammattihenkilöitä. Hoitoneuvotteluissa käydään läpi sairauden tilanne ja hoitolinjaukset. Hoitoneuvotteluilla pyritään varmistamaan, että potilas ja hänen omaisensa saavat tietoa tilanteesta ja sairauden kulusta. Hoitoneuvotteluissa myös potilaan oma hoitotahto tulee ilmi, mikäli hänellä sellainen on. Hoitoneuvotteluilla pyritään lisäämään luottamusta potilaan ja häntä hoitavien tahojen välille. (Saattohoito 2014.)

Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös, mikä perustuu lääketieteelliseen arvioon potilaan tilasta ja ennusteesta. Tämän päätöksen tekee yleensä aina hoitava lääkäri, joka on riittävän hyvin perehtynyt potilaan sairaus-historiaan. Saattohoitopäätös pyritään tekemään yhteisymmärryksessä potilaan ja omaisten kanssa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Saattohoitopäätöksen tarkoituksena on hoidon linjaaminen ja päätös saattohoidosta tulee tehdä ennen kuin potilas siirtyy saattohoitoon. Päätös saattohoitoon siirtymisestä ei yleensä synny hetkessä, vaan siihen päädytään silloin, kun potilaan vakava sairaus on edennyt siihen pisteeseen, että parantavaa hoitoa ei ole ja kuolema on väistämättä lähestymässä. Päätös saattohoitoon siirtymisestä kirjataan selkeästi potilastietoihin, jotta kaikki potilasta hoitavat ovat tietoisia päätöksestä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 78- 80; Tanskanen 2004, 23- 25.)

Saattohoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan, kuolevan potilaan kokonaisvaltaista ja inhimillistä hoitoa ja kohtelua sekä hänen omaistensa tukemista. Saattohoito on aktiivista hoitoa, jonka pääperiaatteena on ihmisarvon kunnioitus. Saattohoito koostuu aina potilaan kivun ja muiden oireiden lievityksestä ja hoidosta, kärsi-

mysten ehkäisystä sekä henkisten ongelmien ratkaisemisesta. Hyvä perushoito on yksi tärkeimmistä saattohoidon osa-alueista. (STM, 2010, 5; ETENE 2003 a, 5- 6.)

Saattohoito ajoittuu lähelle kuoleman ajankohtaa ja se on palliatiivisen hoidon viimeinen jakso. Saattohoito vaiheessa jäljellä olevan elinajan on ennustettu olevan lyhyt. Saattohoidon tavoitteena on turvata potilaalle arvokas ja aktiivinen loppuelämä. Tärkeää on, että kuoleva voi kohdata kuolemansa kivuttomasti, arvokkaasti, turvallisesti ja rakkautta saaden. (Heikkinen ym. 2004, 21; Käypä hoito-suositus 2012.)

Terminaalihoidoksi kutsutaan välittömästi kuolemaa edeltävää saattohoitoa. (ETENE 2003 b.)

4 Fyysiset muutokset

4.1 Kuoleman läheisyyden merkkejä

Kuoleman lähestyessä ihmisen elintoiminnot muuttuvat. Omaisille on hyvä kertoa näistä elintoimintojen muutoksista eli lähestyvän kuoleman merkeistä. Näitä merkkejä ovat esimerkiksi hengityksen pinnallisuus ja hengityskatkokset, limaisuus, levottomuus ja lämmön nousu tai kuume, sekä vähenevä tietoisuus ympäröivästä maailmasta. (Hänninen & Pajunen 2006, 116; Valvira.) Käypä hoito suositusten mukaan oikeenmukaista hoitoa tulee antaa kaikille kuoleville potilaille (Käypä hoito suositus 2012.)

Kun kuolinprosessi on alkuvaiheessa, niin moni siihen liittyvä oire lievenee. Tämä tapahtuu yleensä viimeisten 48 tunnin aikana. Koska ihminen ei usein kykene tässä vaiheessa enää syömään eikä juomaan, niin paine vatsassa, suolistossa ja virtsarakos-

sa helpottaa. Myös kivun tunne voi vähentyä, koska kipu usein liittyy juuri liikkumiseen ja liikkuminen on tässä vaiheessa hyvin vähäistä. (Hänninen & Pajunen 2006, 116.)

Vähitellen hengitys muuttuu katkonaisemmaksi ja lisääntyneen limaerityksen vuoksi se saattaa muuttua myös äänekkääksi. Raajojen ääriosat alkavat muuttua viileämmiksi ja pikkuhiljaa viileys leviää myös kohti vartaloa. Rintakehän liike muuttuu yhä vähäisemmäksi sekä hengitys pinnallisemmaksi. Ihmisen tajunnantaso laskee eikä hän kykene enää nielemään tai puhumaan mitään. Lopulta hengitys lakkaa kokonaan. (Hänninen & Pajunen 2006, 116.)

Suomi vahvisti kuoleman kriteeriksi ensimmäisenä maana vuonna 1971 aivokudoksen toiminnan lakkaamisen. Yleisissä keskusteluissa puhutaan kuitenkin edelleen sydänkuolemasta, mutta myös niissä tapauksissa tarkoitetaan aivotointojen loppumista. Kuoleman toteamisessa havaitaan käytännössä sydämen sykkeen ja hengityksen loppuneen. (Hänninen & Pajunen 2006, 116- 117; A 9.1.2004.27/2004.)

4.2 Perushoito

Hyvä perushoito on tärkein osa saattohoitoa. Se on potilaan kunnioittamista vaikuttaen fyysiseen, psyykkiseen sekä sosiaaliseen hyvinvointiin. Nämä kaikki kolme osaluuetta ovat erillisiä toisistaan, mutta silti yhteydessä toisiinsa. Saattohoitovaiheessa on tärkeää huomioida kaikkien näiden kolmen osalta hyvä perushoito.

Fyysinen perushoito koostuu aina ravinnonsaannin yksilöllisestä toteuttamisesta, puhtaudesta huolehtimisesta, ihon ja suun hoidosta, asentohoidosta, hengitysoireiden helpottamisesta ja kivunhoidosta. Nämä asiat tulee huomioida päivittäin potilaan kohdalla. Näiden huomioimisen avulla vähennetään potilaan kärsimystä ja kipua sekä kiinnitetään kokonaisvaltaisesti huomiota potilaan hyvinvointiin. Fyysinen pe-

rushoito tuottaa potilaalle mielihyvää ja sosiaalista arvostusta. Tärkeintä fyysisen perushoidon toteuttamisessa on, että se on yksilöllistä eikä sitä toteuteta rutiininomaisesti vaan potilasta huomioiden ja kunnioittaen. (Heikkinen ym. 2004, 70; Saattohoito 2011- 2012.)

Psyykkisen perushoidon perustana on potilaan turvallisuuden kokeminen. Saattohoitopotilaalle tulee välittyä se tunne, että hänestä pidetään huolta loppuun asti ja hänen toiveitaan kunnioitetaan. Psyykkiseen perushoitoon kuuluvat aina potilaan kosketus, kiireettömyys, ystävällinen sana tai katse, aito läsnäolo ja potilaan kuunteleminen. Hyvä läsnäolo on avain asia psyykkiseen perushoitoon. (Ridanpää 2006, 47.)

Sosiaalinen perushoito tarkoittaa sosiaalisesta hyvinvoinnista huolehtimista. Sosiaalisen perushoidon tarve on erittäin yksilöllinen asia ja se saattaa vaihdella saattohoidon aikana. Lähtökohtaisesti saattohoitopotilaille tarjotaan aina mahdollisuus tavata läheisiään ja ystäviään niin halutessaan. Hoitohenkilökunnan tulee myös pystyä tarjoamaan sosiaalista hyvinvointia potilaille omalla läsnäolollaan. Läheisille sosiaalinen tuki on mahdollisuus olla potilaan läheisyydessä ja yleensä omaisia on hyvä rohkaista myös tähän. Sosiaalisessa perushoidossa korostuu muita enemmän omaisten huomiointi. Omaiset tarvitsevat sekä tukea että tietoa ja sitä tulee tarjota heille. On tärkeää osata huomioida omaiset riittävästi ja olla läsnä myös heille. (Häihälä, Lehtipuu-Vuokola & Surakka, 2008.)

4.3 Hengitys

Hengitykseen liittyvät ongelmat ovat saattohoitopotilailla yleisiä ja moninaisia. Kuolevien oireista hengenahdistus on väsymyksen, kivun ja syömiseen liittyvien ongelmien jälkeen yleisin ongelma. Hengenahdistus aiheuttaa usein pelkoa sekä potilaassa itsessään, että myös hänen omaisissaan. Hengenahdistus myös lisääntyy kuoleman lähestyessä ja hengityksessä havaittavat muutokset ovatkin usein merkkejä kuoleman lähestymisestä. (Hänninen 2001, 117.)

Hengenahdistus on potilaan subjektiivinen tunne riittämättömästä ilman saannista ja siihen voi liittyä myös hapen puutetta. Potilas voikin kuvata hengenahdistusta myös hapen loppumisen tunteena. Yleensä kyse on kuitenkin lisääntyneestä hengitystyöstä keuhkotuuletuksen ylläpitämiseksi ja hengenahdistuksen synnyssä hapen merkitys on melko vähäinen. Hapestä voi olla hyötyä silloin, jos potilas kärsii nimenomaan hapen puutteesta. Jos hapen puutetta ei ole, niin hapestä ei ole hyötyä huoneilmaa enempää. Potilaan oloa voi yrittää helpottaa esimerkiksi suuntaamalla ilmavirtaa hänen kasvoilleen tuulettimen avulla tai huoneen ikkunan avaamalla. (Hänninen 2001, 117; Lehto 2013, 140.)

Potilaan ahdistuneisuus lisää hengenahdistusta ja hengenahdistus myös vastaavasti lisää ahdistuneisuutta. Turvallinen ja osaava hoitohenkilökunta voi vähentää potilaan ahdistuneisuutta. Myös hyvä kivunhoito usein lievittää omalta osaltaan hengitysoireita. Morfiini ja muut opioidit lievittävät kivun lisäksi usein hyvin myös hengenahdistusta. Opioidit vaikuttavat todennäköisimmin aivojen hengityksen säätelykeskuksiin vähentämällä hengenahdistuksen aistimusta ja laskemalla hengitystiheyttä. Lääkehoito aloitetaan pienellä annoksella ja annosta nostetaan tarpeen mukaan. Kun opioideja käytetään hengenahdistusoireiden lievittämiseen vain tarvittavia annoksia, niin ne eivät aiheuta hengityslamaa, jota usein pelätään suotta. Myöskään riippuvuudella ei ole oireenmukaisessa hoidossa merkitystä. Opioidit aiheuttavat usein ummetusta ja sen hoito on tärkeää, koska vatsan turvotus saattaa helposti pahentaa hengenahdistusta. (Lehto 2013, 139.)

4.4 Ravitseminen ja nestehoito

Riippumatta sairauksista 30- 90 %:lle saattohoitopotilaista kehittyy loppuvaiheessa merkittävä yleinen heikkous (fatigue) ja pahimmillaan myös vaikea näivettyminen (kakeksia). Janon tunnetta on havaittu 25- 64 %:lla kuolevista potilaista. Janon tunnetta voivat aiheuttaa esimerkiksi kuiva suu, mielialalääkkeet, opioidit kuten morfiini ja muut sen kaltaiset lääkkeet, sekä autonomisen hermoston vaurio. Näivettymistä taas aiheuttavat elimistön rappeutuminen ennen kuolemaa ja siihen liittyvät aineenvaihdunnan muutokset. Saattohoitovaiheessa nämä muutokset ovat palautumattomia eikä niitä voida korjata tehoruokinnalla. (Pöyhiä 2013, 128- 129.)

Saattohoitotilanteessakin asukas voi jatkaa syömistä ja juomista niin kauan kuin nieleminen onnistuu. Yleensä viileät nesteet, kuten esimerkiksi mehukeitot, kiisselit tai sakeat juomat tuntuvat miellyttävimmiltä silloin, kun nieleminen on jo vaikeutunut. Kun asukas ei halua tai jaksa syödä, niin hänen tahtoaan tulisi kunnioittaa. Kuoleman lähestyessä ruokahalu usein hiipuu. Voinnin heikentyessä myös nieleminen loppuu vähitellen, yleensä kokonaan tai heikkenee niin, että aspiraatoriski kasvaa suureksi eli suussa oleva ruoka tai neste voi joutua ruokatorven sijaan henkitorveen. (Hänninen 2003, 174; Hänninen & Pajunen 2006, 116; Pöyhiä 2013, 132.)

Kun nieleminen heikkenee, niin myös lääkkeiden ottaminen suun kautta vaikeutuu. Tällöin on tärkeää arvioida lääkityksen tarvetta ja varmistaa oireita lievittävän lääkeshoidon onnistuminen antotapaa muuttamalla. Omaisille on tärkeää kertoa tästä asiasta, jotta heille ei jää mielikuvaa, että heidän omaisensa kuoleman olisi aiheuttanut säännöllisen lääkityksen poisjäänti tai esimerkiksi injektiona annettu kipulääke. (Valvira 2015.)

Ruokailuun liittyy merkittävästi psykososiaalinen mielihyvän tunne. Ruokaan liittyvät sosiaaliset ja emotionaaliset merkitykset voivat olla myös omaisille hyvin tärkeitä. Palliatiivinen hoito- lehden artikkelissa ”Saattohoitoon kohdistuneet kantelut”, kerro-

taan, että omaiset kantelevat usein siitä, ettei saattohoidossa olevalle vähän nesteitä ja ravintoa nauttivalle potilaalle ole aloitettu suonensisäistä nesteytystä. (Anttila 2011,11; Hänninen 2003, 174; Pöyhiä 2013, 132.)

Laskimoon annettava nestehoito ja ravitseminen eivät yleensä ole aiheellista saattohoidossa. Laskimonsisäisen nesteytyksen ei uskota lievittävän janon tunnetta vaan sitä voidaan lievittää kostuttamalla suuta. Nesteytyksellä ei ole todettu olevan vaikutusta elinikään. Sen sijaan nestehoito saattaa lisätä esimerkiksi turvotusta ja nesteen kertymistä keuhkopussiin ja vatsaonteloon. (Hänninen 2006, 58- 59; Käypä hoitosuositus 2012; Pöyhiä 2013, 133.)

Nestehoidosta pidättäytymisestä ei saisi kuitenkaan tulla kynnys, johon koko hoitosuhde on vaarassa kariutua tai, josta jää omaisille paha muisto koko heidän lopuelämäkseen. Nestehoidon aloittamiseen liittyvä päätös tehdään aina potilaskohtaisesti. Nestettä on mahdollista antaa ääreislaskimon lisäksi myös keskuslaskimoon, nenä-mahaletkuun tai ihon alle. Kuitenkin erityisesti nenä-mahaletkun laittamista tulisi välttää, koska sen laittaminen on lähes aina potilaalle epämiellyttävää. Keskuslaskimoreittiä käytetään yleensä nesteytykseen saattohoitovaiheessa vain, jos potilaalla on keskuslaskimoreitti jo olemassa. (Pöyhiä 2013, 134.)

5 Kipu

Yleinen oire kuoleman lähestyessä on kipu. Sen säännöllinen arviointi ja kirjaaminen ovat hyvän perushoidon edellytykset. Fyysisen kivun lisäksi kiinnitetään huomiota myös muihin oireisiin jotka liittyvät kipuun. Kivun arviointi kuuluu sekä lääkärille, että hoitohenkilökunnalle. Kivun kirjaamisessa ja arvioinnissa tärkeää on huomioida kivun voimakkuus, laatu, haittaavuus, mekanismi, esiintymisaika ja sijainti. On tärkeää huomioida myös psyykkis-emotionaalisten, hengellisten ja sosiaalisten kipujen tun-

nistaminen. Näiden avulla pystytään selvittämään potilaan hyvinvointi kokonaisuutena. Potilaan kipujen ja ongelmien kokonaisvaltaisessa arvioinnissa keskeisintä on, että tunnistetaan potilaan tärkeimmät oireet sekä häntä eniten vaivaavat asiat. Hoitotyöntekijän tehtävänä on kuunnella ja uskoa, mitä potilas sanoo kivuistaan tai muista tuntemuksistaan. (Grönlund & Huhtinen 2011, 57; Käypä hoitosuositus, 2012.)

Tieto kipujen lievittämisen mahdollisuudesta rauhoittaa potilasta sekä hänen omaisiaan. Onnistunut kommunikointi potilaan ja omaisten välillä vaikuttaa kivun hallintaan. Potilas tarvitsee paljon tietoa omasta kipuhoidosta ja eri mahdollisuuksista sekä hyödyistä että haitoista. Hoitavan henkilökunnan on hyvä tiedostaa, mitä kaikkea kipu voi merkitä potilaalle ja mitä hän sillä viestittää. Tämä auttaa ymmärtämään kivun monimuotoisuutta. (Grönlund & Huhtinen 2011, 57- 58.)

5.1 Kivun tuntemukset

Potilas voi ilmaista kiputuntemuksiaan monin eri tavoin. Samalla henkilöllä kiputuntemukset voivat vaihdella eri aikoina ja eri henkilöt voivat tuntea saman prosessin eri tavoin kivuliaana. Potilas saattaa tuntea kipua, mutta se ei välttämättä ole suorassa suhteessa kipua aiheuttavaan elimelliseen vaivaan, kuten syöpään. (Hänninen 2003, 74- 75.)

Hänninen (2003, 75) kirjoittaa kivun erilaisista tarkastelutavoista, jotka voidaan nähdä ikään kuin jatkumona, jonka toisessa päässä on kipu fyysisenä tuntemuksena ja toisessa päässä kipu potilaan kokemana ongelmana. Fyysistä kipua voidaan mitata erilaisilla kipuasteikoilla. Kliininen kipu sen sijaan kertoo siitä epämukavuudesta, jota potilas tuntee. Usein on kuitenkin vaikea erottaa, onko potilaan kokemus varsinaista kipua vai esimerkiksi ummetusta tai jotakin vatsavaivoja.

Potilaan mieliala, kokemukset ja oman hyvinvoinnin kokemus vaikuttavat kiputunteuksiin. Kipukynnystä alentavia tekijöitä voivat olla masennus, ahdistus, pelko, unettomuus ja väsymys. On vaikeampi hyväksyä kipua, jos potilas liittää sen lähestyvään kuolemaan. Potilaat saattavat jättää kertomatta todellisista kiputiloistaan, peläten taudin etenemistä ja kuoleman lähestymistä tai sitä, että lääkäri ei keskity sairauden hoitoon vaan pelkästään kivun hoitoon. Joskus potilaat saattavat lykätä lääkityksen aloittamista peläten, ettei opioidi lääkityksen jälkeen ole muita kivun lievitys menetelmiä. Hyvin monilla tekijöillä ihmisen elämässä on vaikutusta siihen, miten kukin kokee kivun. (Hänninen 2003, 75; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 56-57.)

5.2 Kivun tutkiminen ja diagnosointi

Jotta kipua voidaan hoitaa, täytyy tietää, millaista kipua potilas kokee. Diagnoosi perustuu aina potilaan arvioon kipu kokemuksestaan. Kipua pyritään havainnollistamaan erilaisilla apuvälineillä. Sellaisia voivat olla esimerkiksi kipujana tai kipukiila, eli VAS- (Visual Analogue Scale) mittari (LIITE 1), numeerinen kipumittari NRS (Numeral Rating Scale), jossa potilas saa kertoa numeroasteikolla kuinka voimakasta kiputunteus on, sekä kehon kuvia apuna käyttäen (LIITE 2). Apuvälineiden avulla voidaan mitata kivun voimakkuutta ja sijaintia. Erilaisilla adjektiiveilla esimerkiksi polttava, viiltävä, jomottava, voidaan selvittää kivun laatua. Kivun kestoa voidaan selvittää kyselemällä, milloin kipu on alkanut ja millaisissa tilanteissa kipua tuntuu Potilaan haastattelun lisäksi kivun sijaintia ja voimakkuutta pyritään selvittämään kliinisillä tutkimuksilla, joita voivat olla palpoiminen, auskultointi sekä neurologinen tutkimus. (Hänninen 2003, 81- 86; Salanterä ym. 2006, 83- 89.)

5.3 Kivun lääkehoito saattohoidossa

Peruseriaatteina kivun lääkehoidossa pidetään potilaan yksilöllisyyttä, säännöllisyyttä, mahdollisten sivuvaikutusten minimointia, annostelua oraalisesti sekä kipulääkkeiden oikeanlaista valintaa. Kivun lääkehoitoa suunniteltaessa voidaan käyttää apuna porrastettua kivunhoitomallia. Porrastetussa kivunhoidossa aloitetaan miedommilla kipulääkkeillä siirtyen vahvempiin. Kipulääkkeiden ohessa voidaan käyttää myös tukilääkkeitä tukemassa kivun lievitystä. Näitä tukilääkkeitä ovat muun muassa eriasteiset masennuslääkkeet, jotka tukevat kroonisen kivun lievityksessä sekä parantavat unta. Myös epilepsialääkkeitä voidaan käyttää kivunlievityksen tukilääkkeinä. Epilepsialääkkeitä käytetään usein hermovauriokipuihin kuten syöpäpotilailla, joilla kasvain saattaa painaa hermoon. Epilepsialääkkeen tai masennuslääkkeen yhdistäminen opioidien kanssa on tehokas yhdistelmä hermokipuun. (Saattohoito opas työntekijöille 2011- 2012, 21- 26)

Lievässä kivussa pääsääntöisesti käytetään tulehduskipulääkkeitä, kuten ibuprofeenia, naprokseenia tai ketoprofeenia, sekä parasetamolia. Kohtalaisessa tai keskivaikeassa kivussa mukaan voidaan ottaa heikkoja opioideja kuten kodeiini ja tramadoli tai keskivahvoja opioideja, kuten bubrenorfiini. Kovassa kivussa valitaan usein vahvoja opioideja, kuten morfiini, fentanyl tai metadoni. (Hänninen 2003, 88- 89; Saattohoito opas työntekijöille 2011- 2012, 21- 22.)

Tulehduskipulääkkeillä tulee herkästi kattovaikutus vastaan, jolloin lääkkeen lisääminen ei enää ole hyödyllistä, vaan sivuvaikutukset voimistuvat. Jos tulehduskipulääkkeet eivät yksin riitä, rinnalle voidaan ottaa heikkoja opioideja tai siirtyä suoraan keskivahvoihin opioideihin. Parasetamoli voi olla tarvittavissa, yhdessä opioidien kanssa. Parasetamoli ei aiheuta niin paljon sivuvaikutuksia kuin tulehduskipulääkkeet. (Hänninen 2003, 89; Saattohoito opas työntekijöille 2011- 2012, 22- 23.)

Omaisten tai henkilökunnan pelot saattavat estää lääkehoidon onnistumista. Usein pelätään riippuvuutta kipulääkkeisiin, mutta saattohoidossa se ei ole ongelma. Riittävä kipulääkitys lieventää voimakkaita kipuja, eikä näin elimistö rasitu liikaa. Kivun kunnollisella hoitamisella on suuri merkitys saattohoidossa olevalle potilaalle. (Saattohoito opas työntekijöille 2011- 2012, 25)

5.4 Kivun lääkkeetön hoito

Kipua voidaan hoitaa myös lääkkeettömästi. Hyvä perushoito on edellytys hyvälle saattohoidolle. Se tuo turvaa sekä potilaalle, että omaisille. Hyvä perushoito antaa myös kuvan, että potilaasta välitetään ja häntä halutaan auttaa ja oloa helpottaa kaikilla mahdollisilla keinoilla.

Asentohoidolla voidaan vaikuttaa paljon kivun hoidossa. Hyvä asento on sellainen, jossa potilas voi rentoutua ja kokea olonsa turvalliseksi. Henkilökunta voi auttaa hyvän asennon saamisessa tukien tyynyillä ja peitoilla. Asennon vaihtaminen useasti auttaa myös kipujen ehkäisyyn, tällöin paine ei kohdistu vain yhteen kohtaan elimistöä. (Saattohoito opas työntekijöille 2011- 2012, 28.)

Kipua voidaan lievittää myös lämpöhoidolla tai kylmähoidolla. Lämpöhoito rentouttaa ja sopii esimerkiksi liikehoidon tai venyttelyn esihoidoksi. Lämpöhoito vilkastuttaa kudoksen verenkiertoa ja vilkastuttaa aineenvaihduntaa, se myös rentouttaa lihaksia. Lämpöhoitoa voi antaa pinnallisesti lämpöpakkauksilla tai parafiini- ja savihoidoilla. Syvälämpöhoitoa annetaan ultraäänellä. Kylmähoito myös rentouttaa lihaksia. Kylmä saa kudosten lämpötilan alenemaan, joka yhdessä johtaa hermo-lihasjärjestelmän kautta lihasten rentoutumiseen. Kylmä lievittää kipua alentamalla hermojen johtumisnopeutta. (Pohjolainen 2009.)

Rentoutusharjoitukset ovat myös hyvä keino lievittää kipua. Potilas yritetään saada rentoutumaan erilaisten harjoitteiden avulla, kuten keskittymällä hengitykseen, mielikuviin ja ympäristöön. Menetelmillä ei pyritä kivusta eroon tai kontrolloimaan kipua, vaan auttamaan potilasta tulemaan kipukokemuksen kanssa paremmin toimeen. Myös musiikin kuuntelu tai kirjan lukeminen voi rentouttaa ja viedä ajatuksia pois kivun tuntemuksista. (Saattohoito opas työntekijöille 2011- 2012, 28- 29; Elomaa & Estlander 2009)

6 Psyykkiset oireet

Kuoleman lähestyminen saattaa aiheuttaa potilaassa monenlaisia psykologisia tai elimellisiä alkuperää olevia ajatustoiminnan ja tunne-elämän häiriöitä. Oireet voivat olla ohimeneviä kriisireaktioita lähestyvistä kuolemasta, sairauteen liittyviä elimellisiä muutoksia tai pitkäaikaisia psyykkistä kärsimystä aiheuttavia oireita. Suurin osa oireista syntyy reaktiona sairauteen ja sen hoitoihin sekä lähestyvään kuolemaan. Psyykkisten oireiden syyt pyritään aina selvittämään ja niitä pyritään lievittämään sekä hoitamaan. Potilaan oma kuoleman hyväksyminen, eletyn elämän arvostava muistelu ja surutyö auttavat potilasta suojautumaan parhaiten psyykkisiltä oireilta. Psykososiaalisella tuella on erittäin suuri merkitys psyykkisten oireiden hoidossa. Psyykkisiin oireisiin voidaan käyttää myös apuna lääkehoitoa. Lääkehoidon aloitus tulee kuitenkin harkita aina tarkkaan, koska niistä saatava hyöty sekä haittavaikutukset vaihtelevat hyvin paljon. (Hänninen 2003, 206- 208; Käypä hoito-suositus 2012)

Psyykkiset ja fyysiset oireet vaikuttavat hyvin usein toisiinsa: masentuneisuus saa kivun tuntumaan pahemmalta ja laskee samalla kipukynnystä ja kivun tunteminen lisää taas masennusta ja ahdistusta. Saattohoitopotilaan yleisimpiä psyykkisiä oireita ovat masennus, ahdistus, unettomuus ja sekavuus. (Hänninen 2003, 206.)

6.1 Masennus

Masennus on hyvin yleinen psyykkinen oire saattohoitopotilailla. Käypä hoito-suosituksen mukaan jopa 25 % palliatiivisessa hoidossa olevista potilaista kärsii jonkin asteisesta masennuksesta. Saattohoitopotilaan masennuksen diagnosointi on haasteellista, sillä diagnoosin teko somaattisten oireiden perusteella on vaikeaa. Tämä johtuu siitä, että esimerkiksi aloitekyvyn lasku, väsymys ja ruokahaluttomuus yleensä liittyvät saattohoitopotilaan oirekuvaan ja perustautiin, kun taas terveellä henkilöllä nämä oireet liitetään usein masennukseen. Saattohoitopotilaan masennuksen diagnosoimiseksi ja sen tarkentamiseksi on useita erilaisia mittareita. Kuitenkin valtaosa mittareista koetaan liian työläiksi tai potilaan voinnin kannalta sopimattomiksi. VAS (Visual Analogue Scale) -kipumittari (LIITE 1) on yksi tapa karkeasti mitata saattohoitopotilaan masennusta. Mittarissa masentuneisuuden rajana pidetään 5,5 cm kohtaa, ja mikäli potilas arvioi olevansa tuon rajan yläpuolella, voidaan häntä pitää masentuneena. Runsasta itkuisuutta voidaan pitää myös masennuksen merkinä saattohoitopotilaalla. Masennus lisää saattohoitopotilailla muiden oireiden vaikeutta ja siksi sen tunnistaminen ajoissa on tärkeää. (Hänninen 2003, 208- 211; Käypä hoito-suositus 2012.)

Masennuksen hoidossa saattovaiheessa on ensiarvoisia asioita turvallisuus ja hoitosuhteen jatkuminen. Potilaan kuunteleminen ja hänen kanssaan keskusteleminen hoitavat myös masennusta. Lääkehoito tässä elämänvaiheessa on yleensä hyödytöntä, jos elinaikaa on vähän jäljellä. Jos kuitenkin ennustettu elinaika on enemmän kuin kolme viikkoa masennusta voidaan hoitaa lääkityksellä. Lääkkeenä suositetaan serotoniinin takaisinoton estäjiä, sillä niistä seuraa vähemmän sivuvaikutuksia. (Hänninen 2003, 210- 211.)

6.2 Ahdistuneisuus

Ahdistuneisuus on luonnollinen reaktio kuoleman lähestyessä. Se voi myös olla oire hoitamattomasta oireesta etenkin hallitsemattomat kivut tai piilevästä häiriöstä. Ahdistuneisuus voi myös johtua lääkkeistä tai vieroitusoireista tai liittyä masennukseen ja sekavuuteen. Ahdistuneisuus voi aiheuttaa sekä psyykkisiä että somaattisia oireita kuten esimerkiksi pelkoa, hengenahdistusta, pahoinvointia ja unettomuutta. Ahdistuksen tunnistamisen perustana saattohoitopotilaalla on potilaan oma kertomus. Potilaan omaa kertomusta voidaan täydentää lääkityksen ja muiden menossa olevien hoitoja koskevilla tiedoilla, jotta ahdistuksen mahdollinen aiheuttaja saadaan selvitettyksi. (Hänninen 2003, 212- 213; Käypä hoito-suositus 2012.)

Ahdistuksen hoidon valintaan vaikuttavat ahdistuksen aiheuttaja, yleinen fyysinen ja kognitiivinen tila sekä ahdistuneisuuden vaikeusaste. Jos ahdistuksen aiheuttaja saadaan selvitettyksi, pyritään siihen vaikuttamaan suoraan esimerkiksi jos ahdistuneisuutta aiheuttaa selkeästi jonkin lääke, pyritään sen käyttö lopettamaan, mikäli se on mahdollista. Ahdistuksen hoidossa hyväksi on keskusteleminen potilaan kanssa, mikäli se on mahdollista kognitiivisen tilan kannalta. Kuolemasta puhuminen on tärkeää kaikkien saattohoitopotilaiden kanssa, koska sillä pystytään myös ennalta ehkäisemään ahdistuksen syntymistä. Lääkitystä voidaan käyttää apuna ahdistuksen aiheuttamien oireiden hoitoon kuten esimerkiksi pahoinvointi. Varsinaisen ahdistuksen hoitoon lääkkeiden käytön tehosta saattohoitovaiheessa on tieteellistä vähän näyttöä. (Hänninen 2003, 213- 214.)

6.3 Unettomuus

Unettomuus on hyvin tyypillinen oire saattohoitopotilaalle. Se voi ilmentyä unen saannin tai unen yläpidon vaikeutena tai molempina. Sen takana voi olla useita fyysisiä ja psyykkisiä syitä, jotka estävät potilasta nukkumasta. Yleisimpiä unettomuutta aiheuttavia tekijöitä ovat vuorokausirytmien muuttuminen, pelko, erilaiset oireet ku-

ten kipu, pahoinvointi ja hengenahdistus sekä vieras ympäristö. Unettomuus voi aiheuttaa saattohoitopotilaassa sekavuutta, uneliaisuutta, keskittymiskyvyn puutetta, ärtyvyyttä ja väsymysoireyhtymää. (Hänninen 2003, 215- 216; Käypä hoito-suositus 2012.)

Saattohoitovaiheessa unettomuutta pyritään hoitamaan. Tärkeä on saada selvitettyksi uniongelmien syntymekanismi, jotta niihin osataan puuttua. Lähtökohtana on se ajatus, että potilaan tulisi voida nukkua silloin kuin hän haluaa, eikä vuorokausirytmää ole syytä lähteä korjaamaan. Unihygieniasta on tärkeä huolehtia unettomuuden hoidossa, koska sillä on suuri merkitys. Rauhallinen ympäristö sekä raitis huoneilma auttavat potilasta nukahtamaan paremmin. Unta haittaavat oireet tulee myös hoitaa. Unettomuuden hoidossa voidaan käyttää apuna nukahtamislääkkeitä sekä mielialalääkkeitä. (Hänninen 2003, 216.)

6.4 Sekavuus

Sekavuus on hyvin yleinen oire saattohoitopotilailla. Lähes 70- 90 % saattohoitopotilaista kärsii jonkinasteisesta kognitiivisesta häiriöstä ennen kuolemaansa. Sekavuuden taustalla ovat yleensä lääkkeet, hapenpuute, aineenvaihdunnanhäiriöt, keskushermoston sairaudet ja infektiot. Näitä on hyvä arvioida saattohoitopotilaan kohdalla. Saattohoidossa olevien potilaiden sekavuuden syyt saadaan hyvin harvoin kokonaan selvitettyiksi. (Hänninen 2003, 216- 217.)

Sekavuuden hoidossa tärkeää on potilaan levottomuuden vähentyminen ja rauhoittuminen. Ympäristön rauhoittamisella ja turvallisuudella on suuri merkitys. Tuttu ympäristö ja tutut ihmiset ympärillä vähentävät potilaat sekavuutta ja rauhoittavat häntä. Sekavuuden hoidossa on aina ensiarvoisen tärkeää tarkastella lääkitystä ja karsia sieltä mahdollisuuksien mukaan sekavuutta aiheuttavat lääkkeet pois. Sekavuuden lääkehoito saattohoitopotilaille on oireenmukaista eikä sen tavoitteena ole syyn poistaminen. (Hänninen 2003, 220.)

7 Omaisiet

Kuolema tarkoittaa elämän loppumista. Vaikka olisimmekin tietoisia lähestyvistä kuolemasta, elämän loppuminen yllättää meidät kaikki. Kuoleva ja hänen perheensä kuuluvat yhteen ja he tarvitsevat toisiaan. Kuoleman lähestyessä perheen olemassaolo korostuu. Perhe tukee kuolevaa ja he jäävät suremaan jäsenen poissaoloa kuoleman jälkeen. Yhden jäsenen poistuminen muuttaa perheen rakennetta ja samalla heidän koko elämä muuttuu. Kuolema on suuri muutos niin yksilön kuin koko perheen elämässä. Jokaisella on oma tapansa reagoida suuriin elämän muutoksiin. Perheenjäsenen kuolema voi vaikuttaa yli sukupolvien, koska jokaisella perheellä on oma ainutlaatuinen tapa käsitellä kuolevan perheenjäsenen menetystä, sitä kuinka kuolleesta puhutaan ja kerrotaan jälkeläisille. (Schmitt 2008, 60- 61; Heikkilä 2009, 193.)

Joillekin omaisille kuolevan tukeminen tai hänen luonaan vierailu, voi olla heille ahdistavaa ja surun ja huolien vuoksi liian rankkaa. Toiset taas voivat kokea auttamisen ja läsnä olemisen hyvänä kokemuksena ja mahdollisuutena käydä läpi menneitä asioita ja elettyä elämää. (Saattohoito opas työntekijöille 2011- 2012, 39- 40.)

Saattohoidon kokonaisuuteen kuuluu omaiset ja heidän tukeminen, neuvonta ja opastaminen käytännön asioissa. Saattohoidossa olevan potilaan omaisille on annettava riittävää ja ymmärrettävää tietoa potilaan voinnista ja hoidoista. Potilaan voinnin nopea heikkeneminen voi tulla yllätyksenä omaisille. Omaisat saattavat tarvita aikaa ja useita keskustelukertoja hoidoista ja niiden tavoitteista. Lähestyvän kuoleman yleisistä oireista on hyvä avoimesti keskustella. Avoin keskustelu oireista vähentää omaisten epävarmuutta esimerkiksi siitä, että kuoleman olisi aiheuttanut annettu kipulääkitys tai lääkitysten vähentäminen. Omaisten tietoisuus lähestyvän kuoleman oireista saattaa myös välttää mahdollisten hoitovirhe-epäilyjen ilmaantumista. (Saattohoito 2015; STM 2010, 17.)

Kuolevalla potilaalla on oikeus hänelle läheisen tai toisen ihmisen läsnäoloon kuoleman lähestyessä. Saattohoitopotilas tarvitsee omaisiaan ja myös omaiset tarvitsevat häntä. Omaisten täytyy halutessaan saada olla mukana potilaan hoidossa ja heitä tulee opastaa ja ohjata siinä, kuitenkin potilaan tahto huomioiden. (Saattohoito opas työntekijöille 2011- 2012, 39.)

Usein omaiset haluavat olla mukana kuolevan viimeisillä hetkillä. He haluavat olla tukemassa, pitämässä kädestä ja helpottamassa heille tärkeän ihmisen oloa lähdön hetkellä. Tämä on tärkeää niin kuolevalle kuin hänen perheelleen. Perheen mukanaolo kuoleman hetkellä on merkittävä kokemus, joka kasvattaa mukanaolijoita ja näin auttaa heitä ymmärtämään kuoleman väistämättömyyden ja elämän merkityksellisyyden. (Hänninen & Pajunen 2006, 140- 142.)

7.1 Henkilökunta ja omaiset

Kuoleman lähestyessä hoitotahto realisoituu ja yksi tärkeä päätös on saattohoitoon siirtyminen. Se voi olla helpottava tieto, varsinkin potilaalle. Enää ei tarvitse kärsiä jatkuvista tutkimuksista ja epävarmuudesta, vaan saa keskittyä elämiseen. Saattohoitoon siirtyminen tarkoittaa hoitosuunnitelman tekoa, johon on hyvä ottaa mukaan potilaan lähiomaiset. Saattohoitoon siirryttäessä on tärkeää painottaa potilaalle ja omaisille, että saattohoito ei tarkoita hoidon päättymistä, vaan vain turhat hoidot lopetetaan. Potilasta ja perhettä tuetaan, potilaan kivuista huolehditaan ja hänelle tarjotaan korkeatasoista hoitoa ja huolenpitoa. (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2010, 198.)

Potilas ja omaiset tarvitsevat aikaa ja huomiota hoitohenkilökunnalta. Hoitohenkilökunnan on hyvä pysähtyä kuuntelemaan ja keskustelemaan potilaan ja omaisten huolia ja mieleen nousseita kysymyksiä. Keskustelun avulla päästään yhdessä suunnittelemaan hoitoa, jotta se olisi yksilöllistä ja juuri potilaalle ja perheelle sopivaa. Saattohoidon tavoitteena on potilaan omien todennäköisten toiveiden selvittäminen. Joskus saattaa olla niin, ettei potilas ole enää kyvykäs päättämään omasta hoidosta tai esittämään toiveita, jolloin päätöksenteko voi jäädä omaisten päätettäväksi. Tämä saattaa olla joistakin omaisista hyvinkin vaikeaa ja he saattavat toivoa kaiken mahdollisen hoidon kuolevalle omaiselleen. Tällaisissa tilanteissa on tärkeää hoitohenkilökunnan istua rauhassa keskustelemaan omaisten kanssa, mikä voisi olla potilaan oma toive ja mikä olisi hänelle oikeasti parasta. Omaisten tehtävä on kertoa hoitohenkilökunnalle potilaan mahdollisista toiveista ja elämännäkemyksistä. Hoitohenkilökunta taas voi kertoa omaisille, mitä lääketieteellisillä hoidoilla on saavutettavissa. Monesti avoin ja rehellinen keskustelu auttaa omaisia ymmärtämään ja asettamaan kuolevan omaisen tarpeet etusijalle. (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2010, 199; Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta 2010, 14- 15.)

Kommunikointi omaisten kanssa olisi hyvä olla selkeää ja johdonmukaista. Hoitohenkilökunnan tulisi selkeästi kirjata omaisten kanssa käydyt keskustelut, jotta kaikki potilasta hoitavat tietävät toimia ja puhua samoista asioista samalla tavalla. Hoitohenkilökunnan onkin hyvä aina selvittää omaisten sen hetkinen käsitys tilanteesta. Hoitotavoitteet ja -linjaukset on hyvä olla niin selkeitä, ettei pääse syntymään tulkintamahdollisuutta tai epäselvyyttä asioista. (Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta 2010, 15.)

7.2 Suru

Jokainen suree omalla tavallaan, siihen ei ole mitään tietynlaista kaavaa. Surun ilmeneminen vaihtelee eri kulttuureissa ja perinteissä. Läheisen ihmisen kuolema ja sen aiheuttama suru laittaa ihmisen huomaamaan, mikä omassa elämässä on muuttunut ja mikä tulee aina olemaan toisin. Pitkään sairastanut omainen ja sen tuoma epävarmuus on poissa ja tilalle on tullut menetys, johon täytyisi sopeutua. Tärkeintä surun aikaisessa sopeutumisprosessissa on löytää keino selviytyä ja hyväksyä tapahtunut muutos. (Hänninen & Pajunen 2006, 159; Ylikarjula 2008, 98.)

Suru vaikuttaa ihmiseen hyvin kokonaisvaltaisesti. Jotkin surun aiheuttamista oireista esiintyvät yleisesti ja usein. Emotionaalisia oireita voivat olla viha, pelko, syyllisyys, masentuneisuus ja kaipaus. Fysiologisia muutoksia tyypillisesti ovat päänsärky, normaalista poikkeava väsymys sekä uupumus. Ruokahaluttomuus on myös hyvin tyypillistä surun aiheuttamaa oiretta. Suru voi aiheuttaa myös helpotusta. Läheisen ihmisen ei tarvitse kärsiä enää kipua ja pitkä odotus on loppunut. Erilaiset reaktiot ja oireet ovat aivan normaaleja ja luonnollisia. Joku saattaa tuntea kuolleen läheisen läsnäolon tai kuulla hänen kävelevän huoneessa. Näiden kokemusten voimakkuudet voivat vaihdella. On aikoja jolloin tunne on voimakkaampi, tunne voi myös olla hetken poissa ja jälleen palata. (Grönlund & Huhtinen 2011, 144- 145.)

8 Opinnäytetyön vaiheet

8.1 Työn tavoitteet ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda saattohoito lähemmäksi toimeksiantajan asukkaiden omaisia. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös se, että tekemämme saattohoito-opas toimisi keskustelun herättäjänä omaisille ja antaisi heille rohkeutta sekä uskallusta puhua hoitohenkilökunnan kanssa saattohoitoon liittyvistä asioista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia saattohoito-opas, johon on koottu keskeisiä asioita saattohoidosta. Sen tarkoituksena oli lisätä omaisten tietoutta hyvästä saattohoidosta ja siitä mitä asioita siihen kuuluu. Oppaassa oli tarkoituksena tuoda näkyville toimeksiantajan omat arvot, mihin heidän saattohoitonsakin perustuu.

8.2 Menetelmä

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen ammatillisessa kentässä. Alasta riippuen toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi ohjeistus, opas tai jonkin tapahtuman toteuttaminen. Toteutustapana voi olla kohderyhmästä riippuen kirja, kansio, vihko, opas, cd-rom, portfolio, kotisivut tai vaikka johonkin tilaan järjestetty tapahtuma tai näyttely. Ammattikorkeakoulun toiminnallisessa opinnäytetyössä tulisi yhdistyä käytännön toteutus ja sen raportointi. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.)

Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää sekä produktin eli tuotoksen, että raportin. Raportoinnissa tulee käyttää tutkimusviestinnän keinoja. Produktissa, joka usein on kirjallinen, taas huomioidaan sen kohderyhmä. Toiminnallisen opinnäytetyön raportista tulisi selvittää mitä, miksi ja miten on tehty, millainen työprosessi on ollut ja millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin on päädytty. Raportointiin kuuluu myös prosessin,

tuotoksen ja oppimisen arviointi. Raportissa selostetaan opinnäytetyön prosessia ja omaa oppimista, mutta produktin tekstissä puhutellaan sen kohde- ja käyttäjäryhmää. (Vilkka & Airaksinen 2003, 65.)

Toimeksiantajan omaisille suunnatussa saattohoidon oppaassa käytetään erilaista tekstiä kuin tässä raportissa. Oppaassa käytetään saattohoitoon liittyviä tilanteita selvittäessä sanaa asukas puhuttaessa saattohoidossa olevasta ihmisestä, kun taas raportissa käytetään sanaa potilas samaa tilannetta kuvatessa. Oppaassa on tiivistettyä kaikista aiheista oleelliset asiat kirjalliseen muotoon, kun taas raportissa avataan aiheita vähän enemmän, jotta oppiminen ja tietopohja tulevat kuvatuiksi paremmin.

Toiminnallisen opinnäytetyön lopullisena tuotoksena on aina jokin konkreettinen tuote, joten siksi myös raporttiosuudessa on käsiteltävä tuotoksen saavuttamiseksi käytettyjä keinoja. Oppaiden ja ohjeistusten on lähdekritiikki erityisen tärkeää. On pohdittava mistä tiedot oppaaseen hankitaan ja miten käytettyjen tietojen oikeellisuus ja luotettavuus on varmistettu. (Vilkka & Airaksinen 2003, 53.)

8.3 Tietoperusta ja asiasisällön rajaus

Saattohoito-opas perustuu tietopohjaltaan valtakunnallisiin suosituksiin ja juridisiin säädöksiin, joita ovat: Hyvä saattohoito Suomessa (2010) ETENE, Käypä hoito-suositukset (2012), Perustuslaki (L 731/1999), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992), Terveystieteiden laki (L 1326/2010), Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimus (63/1999), Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus (2010) ja Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (L 559/1994). Näiden lisäksi lähteenä on käytetty paljon palliativisen hoidon erikoislääkäri Juha Hännisen kirjoittamia teoksia Elämän loppu vai kuoleman alku (2006), Kuolevan kipu ja kärsimys (2006), Kuoleman kaari (2006) ja Saattopotilaan oireiden hoito (2003).

Työn asiasisällön rajausta perustuu toimeksiantajan kanssa pidettyyn palaveriin. Palaverissa käytiin yhdessä läpi asioita, jotka ovat ongelmallisia asioita omaisten kannalta katsottuna. Nämä asiat perustuivat hyvin pitkälti toimeksiantajan johtajan kokemuksiin sekä meidän kokemuksiimme. Asioita, joita oppaassa käydään läpi ovat: mitä saattohoito on, ihmisen fysiologiset muutokset kuoleman lähestyessä (nestehoito, ravitsemus ja hengitys), kivun hoito, psyykkiset oireet (masennus, ahdistuneisuus, sekavuus ja vireystason muutokset) sekä omaisten rooli (huomiointi ja tukeminen).

8.4 Toimeksiantajan esittely

Toimeksiantaja on tammikuussa 2012 perustettu yksityinen hoivakoti, joka sijaitsee Keski-Suomessa. Hoivakoti tarjoaa tehostettu palveluasumista ympärivuorokautisesti ikääntyneille. Asukaspaikkoja on 61 ja ne on jaettu neljään eri ryhmäkotiin. Jokaisella asukkaalla on oma 21,5- 26 neliömetrin asunto omalla WC:llä sekä lisäksi käytössä on paljon yhteisiä tiloja.

Suurin osa hoivakodin henkilökunnasta on lähihoitajia ja hoiva-avustajia. Näiden lisäksi vastaavina hoitajina työskentelee sairaanhoitajia. Jokaiselle asukkaalle pyritään määrittelemään omahoitaja, joka laatii asukkaalle hoitosuunnitelman. Hoivakodin pyrkimyksenä on, että omahoitaja pysyy samana koko sen ajan, mitä asukas asuu heillä ja on näin ollen asukkaan hoidon asiantuntija.

Hoivakodin toiminta perustuu palveluiden tuottajan arvoihin. Näitä arvoja ovat osaaminen, sitoutuminen ja välittäminen hoitotyössä. Osaamisella tarkoitetaan sitä, että oikea työntekijä on oikeassa paikassa ja että asiakkaiden tarpeita tunnustetaan ja ymmärretään oikein. Sitoutumiseen taas kuuluu se, että tehdään se mitä luvataan ja nähdään ongelmien sijasta ratkaisuja. Välittämiseen kuuluu arvostaminen, kunnioittaminen, empaattinen ja yksilöllinen kohtelu asiakkaita sekä työtovereita kohtaan. Näitä arvoja hoivakodissa sovelletaan joka tilanteeseen ja hoidon vaiheeseen. Omaiset nähdään hoivakodissa voimavarana ja heidän osallisuutta hoitoon pyritään tukemaan mahdollisemman monipuolisesti. Heidät otetaan mukaan alusta alkaen ja pyrkimys on, että he saavat halutessaan olla mukana hoidossa loppuun asti.

8.5 Suunnittelu toimeksiantajan kanssa

Saattohoito-oppaan sisältö koostuu saattohoitoon liittyvistä perusasioista, joista omaisten on hyvä tietää. Toimeksiantaja koki tarpeelliseksi saada saattohoito-oppaan omaisille, koska he haluavat ottaa omaiset aktiivisesti tähänkin hoidon vaiheeseen mukaan. Tietenkään he eivät velvoita omaisia osallistumaan, jos he eivät halua.

Tammikuussa 2014 osallistuimme Jyväskylän ammattikorkeakoulun järjestämään opinnäytetyöinfoon. Helmikuussa otimme yhteyttä toimeksiantajamme johtajaan, jonka kanssa tavattiin helmikuun aikana ja keskusteltiin aiheesta ja toteutustavasta sekä heidän toiveista aihetta koskien. Oppaan asiasisältö rajattiin hoivakodin johtajan kanssa tarkasti, sillä sen tarkoituksena on tarjota perustietoutta saattohoitoon liittyvistä asioista. Tähän päädyttiin siksi, että oppaasta ei tulisi liian raskaslukuinen omaisille ja siksi, että se toimisi paremmin keskustelun herättäjänä omaisten ja työntekijöiden välillä.

Kesäkuussa 2014 olimme yhteydessä toimeksiantajamme johtajaan oppaan sisällöstä ja pyysimme häneltä siitä palautetta. Ryhmänä tapasimme heinäkuussa, jolloin jaettiin vastuualueita ja tehtiin jatkosuunnitelmaa seuraavalla tavalla: elokuun aikana työstämme omat osuutemme valmiiksi, jonka jälkeen käsittelemme tuotokset yhdessä ja teemme tarvittavat muutokset. Syyskuussa 2014 työstettiin saattohoito-oppaan lopulliseen muotoonsa. Tavoitteeksi asetettiin, että toimeksiantaja saisi oppaan käyttöönsä vuoden 2014 loppuun mennessä. Lähetimme valmiin saattohoito-oppaan heidän arvioitavaksi ja pyysimme palautetta syyskuun aikana. Palaute saatiin nopeasti, sillä heidän mielestään opas vastasi heidän tarpeitaan hyvin. He esittivät myös tuolloin toiveen, että menisimme omaisten iltaan esittelemään tekemämme saattohoito-oppaan. Marraskuussa 2014 esittelimme oppaan omaistenillassa. Tammikuussa 2015 saimme oppaan toimeksiantajan käyttöön ja yhteistyö heidän kanssaan päättyi. Tämän jälkeen jatkettiin vielä raportin kirjoittamista ryhmänä. Helmikuun aikana saimme raportin lopulliseen muotoonsa.

8.6 Saattohoito-oppaan toteutus

Aloitimme oppaan suunnittelun omien kokemusten vaihdolla. Olimme yhtä mieltä, että oppaassa on hyvä olla perustietoa saattohoidosta sekä sellaiset asiat, jotka usein omaisten mieltä askarruttavat ja mietityttävät. Halusimme oppaan kertovan asioita, joista on monesti ristiriitaista tietoa tai erilaisia luuloja.

Omien kokemusten lisäksi kävimme keskustelua toimeksiantajan kanssa, millaisia asioita he kokevat tärkeiksi oppaassa käsiteltävän. Aihealueista oli tarkoitus kirjoittaa lyhyesti ja selkeästi, mutta kuitenkin niin, että kaikki oleellinen asia tulee hyvin esille. Vaihdoin kuulumisia ja mielipiteitä omien aiheidemme sisällöstä ja keskustelimme myös lähteistä, joita kukin käyttää omassa aihealueessaan.

Ulkoasun suunnittelimme asiasisällön jälkeen. Oppaan ulkoasuun vaikuttivat toimeksiantajan muiden oppaiden ja esitteiden ulkoasu. Heidän toiveena oli, että noudattamme heidän jo olemassa olevaa ulkoasun tyyliä. Saattohoito-oppaan ulkoasun pääväreiksi valikoitui näin ollen tummansininen ja beige heidän tyyliinsä mukaisesti. Etukansilehti saatiin toimeksiantajan markkinointiosaston kautta valmiina, emmekä lisänneet siihen muuta kuin oppaan nimen. Takakanteen valikoitui Johanna Kurkelan tulkitsema prinsessalle laulunsanat, koska mielestämme ne kuvaavat koskettavasti elämänlangan päättymistä.

Ulkoasu poikkesi hieman siitä, mitä yhdessä ryhmänä mietimme sen olevan. Ajattelimme, että värisävyt voisivat olla poikkeavia siitä, mitä yleensä käytetään saattohoitoon liittyvissä asioissa. Olisimme itse käyttäneet joitakin raikkaita värejä, kuten vaaleanvihreää ja valkoista. Kuitenkin toimimme toimeksiantajamme toiveen mukaan ulkoasun suhteen.

Saattohoito-oppaan kooksi valikoitui A5. Tähän valintaan vaikuttivat myös toimeksiantajan aikaisempien oppaiden koot, jotka ovat lähellä kokoa A5. Saattohoito-oppaan tekstin fonttikoko on 12 ja fontiksi valikoitui yleisesti teksteissä käytettävä Arial. Näiden avulla saimme tekstistä selkeän ja helppolukuisen. Lisäksi tämä fonttikoko istui hyvin ulkoasuun ja näin ollen sivumäärä oppaassa pysyi kohtuullisena. Aluksi myös suunnittelimme laittavamme kuvia oppaaseen, mutta loppujen lopuksi kuvat kuitenkin jäivät oppaasta pois tilan puutteen vuoksi. Näihin valintoihin päädyimme yhteisymmärryksessä toimeksiantajan johtajan kanssa.

Oppaan nimen valinta oli haasteellinen ja monimutkainen prosessi. Toimeksiantaja antoi aluksi meille vapaat kädet nimen valintaan ja lisäksi he yrittivät aktivoida henkilökuntaa nimen valinnassa. Toimeksiantajan aikaisempi johtaja toivoi, että nimessä ei käytettäisi perinteistä saattohoito sanaa. Hänen mielipiteensä oli, että oppaan nimi saisi olla heidän tyylinen, jotenkin ”mummolamainen”. Näillä ohjeilla yritimme keksiä oppallemme nimeä, löytämättä kuitenkaan mielestämme sopivaa. Ehdotimme heille muutamia nimiä, joihin nykyinen johtaja ei ollut tyytyväinen. Nykyinen johtaja antoi meille kolme nimi vaihtoehtoa, joista valitsimme Elämän loppuvaiheen lähestyessä-nimen. Itse emme olisi valikoineet tällaista nimeä, sillä se on mielestämme kolkko.

Oppaan kokoon ja ulkonäköön vaikuttivat myös taloudelliset ja saatavuuteen liittyvät tekijät. Ajattelimme, että oppaan olisi hyvä olla sellainen, että sen tuottamisen voi valita. Tämän vuoksi teimme oppaasta sellaisen, että he voivat vaihtoehtoisesti joko painattaa tai tulostaa sen omaisille jaettavaksi.

8.7 Omaisten ilta

Toimeksiantajamme suunnitteli syksyllä 2014 järjestävänsä omaisten illan asukkaiden omaisille. He kutsuivat meidät osallistumaan, jotta voisimme esitellä omaisille suun-

nattua saattohoito-opasta. Sovimme johtajan kanssa omaisten illasta lokakuussa 2014 hyvin lyhyellä aikavälillä. Keskustelimme sähköpostin välityksellä, mitä he halusivat ja mistä kaikesta me omaisten illassa keskustelisimme. He toivoivat meidän esittelevän itsemme ja kertovan opinnäytetyöstämme sekä heille suunnatusta saattohoito-opaasta. Omaisten ilta toteutui 20. päivä marraskuuta. Olimme valmistautuneet tekemällä Power Point-esityksen (LIITE 3), jossa lyhyesti otsikoittain kerrotaan oppaan sisällöstä, sen suunnittelusta ja tarkoituksesta. Power Point-esityksen lisäksi kopioimme muutaman lähes valmiin oppaan omaisille selailtavaksi.

8.8 Palaute omaistenillasta

Omaistenilta oli onnistunut niin tunnelmaltaan kuin omaisten osallistumisesta keskusteluun. Saimme hyvin heräteltyä omaisia keskustelemaan saattohoitoon liittyvistä asioista. Tuntui kuin saattohoito aiheena olisi tullut helpommaksi käsitellä ja keskustella. Saimme hyvää palautetta niin omaisilta kuin henkilökunnalta. Omaisten illassa tuli myös ilmi, että aiheet jotka olimme toimeksiantajan kanssa päättäneet valita oppaaseen, olivat omaisten mielestä hyvät ja tarpeelliset. Kokonaisuudessa tilaisuus oli onnistunut.

9 Pohdinta

9.1 Eettinen pohdinta

Työssämme hoitotyön eettinen puoli ja sen huomioiminen koko prosessin aikana korostui erityisesti. Saattohoitoon liittyy potilaan ja myös omaisten puolelta paljon tunteita, joten alusta asti meidän oli hyvin tarkkaan mietittävä kuinka käsittelemme oppaassa eri aihealueita. Toimeksiantajan pyynnöstä pyrimme oppaassa kirjoittamaan asioista hyvin suoraan ja rehellisesti. Samalla meille oli kuitenkin tärkeää il-

maista asiat hienotunteisesti ja asiallisesti. Kunnioitimme toimeksiantajan toivetta, mutta meidän oli otettava huomioon myös ihmiset, jotka opasta tuleva lukemaan ja joista suurin osa ei ole terveydenhoitoalan ammattilaisia. Otimme siis oppaan lähtökohdaksi omaisten näkökulman.

Kiinnitimme tarkasti huomiota siihen, että oppaaseen ja myös raporttiin kirjoittamamme asiat perustuvat tutkittuun tietoon ja yleisiin hyväksi havaittuihin valtakunnallisiin ja kansainvälisiin suosituksiin ja tietysti myös Suomen lakiin. Oppaassa ei toimeksiantajan pyynnöstä ole lähdeluetteloja, mutta tarvittaessa lähdeluettelo on toimeksiantajan saatavilla, jotta he voivat itse tarkastella sitä tai näyttää sitä myös omaisille.

Lähetimme opasta tehdessämme muutamia kertoja oppaaseen tulevan tekstin toimeksiantajallemme tarkistettavaksi ja muutimme tekstiä heidän kommenttiansa perusteella. On tärkeää, että toimeksiantajan mielestä oppaan teksti on oikealla tavalla kirjoitettu ja oikeista asioista, koska opas tulee jatkossa heidän käyttöönsä omaisyhteistyön tueksi. Heidän on siis voitava seistä oppaassa olevien asioiden takana ja koettava, että opas tukee heitä heidän tekemässään hoitotyössä.

Olimme yhteistyön alussa sopineet toimeksiantajan kanssa, että keskustelemme projektin lopussa siitä, että haluavatko he, että heidän nimensä mainitaan opinnäytetyössämme. Lopulta he päätyivät siihen tulokseen, että nimeä ei saa mainita, joten kunnioitimme tietysti tätä toivetta ja olemme tarkistaneet, ettei nimi näy opinnäytetyössä, sen liitteissä eikä opinnäytetyömme esitystä varten tehdyssä diaesityksessä.

9.2 Opinnäytetyöprosessin pohdintaa

Olemme kaikki kolme aiemmalta koulutukseltamme lähihoitajia ja tehneet hoitotyötä useamman vuoden ajan eri tyyppisissä hoito- ja palveluyksiköissä. Työnantajinamme ovat toimineet niin kunnalliset kuin yksityiset sektorit. Työhistoriamme aikana olemme kohdanneet ja toteuttaneet paljon saattohoitoa erilaisissa yksiköissä. Tekemämme saattohoito on ollut perusteeltaan melko pitkälti samanlaista jokaisessa paikassa, huomioiden saattohoitopotilaiden yksilöllisyyden ja jokaisen työpaikan toimintatavat saattohoidossa. Kuitenkin sen olemme työhistoriamme aikana huomanneet, että jokaisessa paikassa omaisten mukaan ottaminen saattohoitoon ja omaisten tietämys hyvästä saattohoidosta on puutteellista. Tämä asia on ilmennyt monin eri tavoin, mutta päälimmäisenä meille kaikille on jäänyt mieleen se, että omaiset ovat melko tietämättömiä siitä, minkälaiset asiat kuuluvat hyvään saattohoitoon ja mistä kaikista asioista saattohoito koostuu. Tämän lisäksi olemme huomanneet, että omaiset ovat melko tietämättömiä siitä, mikä on saattohoidon tarkoitus ja kuinka he voivat osallistua saattohoitoon.

Jyväskylän ammattikorkeakoulun opinnoissamme ei juurikaan ole käsitelty kuolevan potilaan hoitotyötä ja etenkin omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä tässä elämänvaiheessa. Itse kuitenkin koemme, että nämä ovat yksi iso ja tärkeä osa-alue hoitotyötä, mikä varmasti tulee korostumaan tulevaisuudessa hoitokeinojen kehittymisen myötä.

Nämä asiat ja etenkin kokemukset herättivät meissä innostuksen kehittämään omaisten tietämystä saattohoidosta ja tuoda kuolema-käsityksenä lähemmäksi omaisia. Kun löysimme toimeksiantajaksi yksityisen hoivakodin ja kuulimme heidän toiveensa saattohoito-oppaasta omaisille, oli työmme aiheen valinta selkeä

Oppaamme tavoitteena on lisätä omaisten tietoutta saattohoitoon liittyvissä asioissa. Jokainen ihminen kokee kuoleman niin kovin erilailla. Omaisten huoli ja tietämättömyys saattohoitoon liittyvistä asioista lisäävät myös kuolevan potilaan huolta ja mahdollisesti myös ahdistusta. Onnistuimme mielestämme hyvin tuomaan esille juuri ne tärkeät asiat, jotka yhdessä toimeksiantajan kanssa koimme tärkeiksi ajatellen omaisia saattohoidon äärellä. Saimme tästä myös hyvää palautetta omaisilta, kun kävimme marraskuussa esittelemässä opasta omaistenillassa. Omaistenillassa pääsimme avoimeen ja rentoon keskusteluun kuolemasta ja sen kohtaamisesta. Keskustelusta kävi ilmi omaisten huoli kipulääkkeiden käytöstä, sekä lähestyvän kuoleman oireista. Mielestämme lisäsimme myös oppaan avulla omaisten rohkeutta keskustella hoitohenkilökunnan kanssa saattohoidosta ja läheisen ihmisen kuolemaan liittyvistä asioista. Saimme myös hyvää palautetta toimeksiantajan henkilökunnalta oppaan sisällöstä.

Työn tekeminen oli pitkä ja raskas kokemus, mutta myös hyvin antoisa ja opettava. Kolmen erilaisen ihmisen tehdessä opinnäytetyötä, tulee paljon erilaisia mielipiteitä ja syntyy hyvinkin erilaista tekstiä. Niiden niputtaminen yhdeksi kokonaisuudeksi ei ole helppoa. Haasteita aiheutti myös se, että yksi meistä asuu aivan eri paikkakunnalla ja aikataulujen yhteen sovittaminen sekä yhdessä asioista keskustelu ei ollut aina helppoa. Saimme loppujen lopuksi hyvin asiat järjestyään ja kaikki joustivat omista mielipiteistään ja aikatauluistaan. Mielestämme opinnäytetyön tekeminen ei opettanut meitä pelkästään itse aiheesta, saattohoidosta lisää, vaan myös ryhmätyöskentelestä ja yhteistyöstä toisen tahon kanssa.

Lähteet

Aalto, K., 2000. Saattohoito. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Aikuisväestön lautakunta. Pöytäkirja 14.05.2013. Pykälä 84. Viitattu 28.8.2014.
<http://p.kouvola.fi/kokous/20133141-13.HTM>.

Anttila, S. 2011. Saattohoitoon kohdistuneet kantelut. Artikkelinä Palliatiivinen hoito – lehdessä. Joulukuu 2011 numero. Ilmestyy kahdesti vuodessa. Viitattu 24.10.2014.
http://www.valvira.fi/files/tiedostot/s/a/Saattohoitoon_kohdistetut_kantelut.pdf

Elomaa, M. & Estlander, A-M., 2009, Huomion suuntaamisen menetelmät ja mielikuvaharjoitukset. Kivun hoitomuodot. Psykologiset menetelmät. Oppiportti- Duodecim verkko-oppikirjat. Viitattu 13.1.2015.
http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661

ETENE 2003 a. Saattohoito-Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Viitattu 31.8.2014. <http://www.etene.fi/julkaisut/2003>

ETENE 2003 b. Saattohoito- Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Viitattu 7.9.2014.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf

European Associations for Palliative Care. 2009. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Associations for Palliative Care.

Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimus. 63/1999. Viitattu 13.3.2015.
<http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1999/19990063>

Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus. 24/2010. Viitattu 13.3.2015.
http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2010/20100024/20100024_2

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Prima.

Grönlund, E., Anttonen, M-S. & Lehtomäki, S. 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Sipoo: Suomen sairaanhoidajaliitto ry.

Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WS Bookwell Oy

Häihälä, E., Lehtipuu-Vuokola, L. & Surakka, T. 2008. Pirkanmaan hoitokodissa omaisten tukeminen on osa hyvää hoitoa. Sairaanhoidaja-lehti 9/2008. Viitattu 21.9.2014.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilaiset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja_lehti/9_2008/muut_artikkelit/pirkanmaan_hoitokodissa_omaisten/

Hänninen, J. 2006. Hoitojen lopettaminen, nesteytys ja ravinto elämän lopulla. Teoksessa Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Toimittanut Hänninen, J. Helsinki: Duodecim

Hänninen 2013. Lukijalle. Teoksessa Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Toim. Hänninen, J. & Luomala, M. 2013. Helsinki: Otava

Hänninen, J. 2006. Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki:Duodecim

Hänninen, J., & Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari. Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Helsinki:Kirjapaja

Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino.

Kupiainen, M. & Laukkanen, M. P-KSSK kipu- ja tarkkailuosasto. Kivun arviointi. Viitattu 20.10.2014.

http://extra.pkssk.fi/html/kivunhoito%20ensiavussa/ali_sivut/kivun_arviointi.htm

Käypä hoito-suositus. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 31.8.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50063>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Viitattu 13.3.2015.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. 28.6.1994/559. Viitattu 13.3.2015.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6st%C3%A4>

Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. 2009. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Kuoleman kohtaaminen ja saattohoito. Helsinki: Duodecim.

Lehto, J. 2013. Henkeä ahdistaa ja tukehduuttaa – mikä avuksi? Teoksessa Elämänpuu. Kirjoituksia saattohoidosta. Toim. Hänninen, J. & Luomala, M. Helsinki: Otava

Pohjolainen, T., 2009, Lämpöhoito. Kivun hoitomuodot. Fysioterapeuttiset menetelmät. Oppiportti- Duodecim verkko-oppikirjat. Viitattu 13.1.2015.

http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661

Pohjolainen, T., 2009, Kylmähoito. Kivun hoitomuodot. Fysioterapeuttiset menetelmät. Oppiportti- Duodecim verkko-oppikirjat. Viitattu 13.1.2015

http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661

Pöyhiä, R. 2013. Nesteytys ja ravitsemus saattohoidossa. Teoksessa Elämänpuu. Kirjoituksia saattohoidosta. Toim. Hänninen, J. & Luomala, M. Helsinki: Otava.

Rhen, B. 2013. Palliatiiviseen hoitoon siirtyminen on saattamista saattohoitoon. Teoksessa Elämän puu. Toim. Hänninen, J. & Luomala, M. Helsinki: Otava

Ridanpää, S., 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu-tutkielma

Saattohoito 2014. Viitattu 7.9.2014

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito

Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta 2010. Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin eettinen työryhmä. Viitattu 12.1.2015

http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/21119_saattohoitonetti_uusi.pdf

Saattohoito opas työntekijöille 2011- 2012. ”Silta toiselle rannalle”- saattohoidon asiantuntijaverkosto. Viitattu 22.10.2014

http://www.dila.fi/files/765/Saattohoito_opas.docx

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampere: Tampereen yliopisto paino

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Viitattu 31.8.2014

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta. 27/2004. 9.1.2004.

Viitattu 8.2.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040027>

Suomen perustuslaki. 11.6.1999/731. Viitattu 13.3.2015.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Suomen%20perustuslaki>

Tanskanen, J. 2004. Saattohoitopäätöksen tekeminen. Teoksessa Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Toim. Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. Porvoo: WSOY

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326. Viitattu 13.3.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Terveydenhuoltolaki>

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. 2003. Saattohoito-Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Viitattu 31.8.2014.

<http://www.etene.fi/julkaisut/2003>

Valvira. Saattohoito. Ohjaus ja valvonta, terveydenhuolto, elämän loppuvaiheen hoito, saattohoito. Viitattu 23.10.2014.

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito

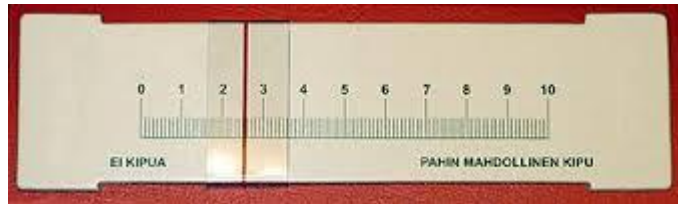
Vilkka, H. ja Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi

Vuorinen, E. 2013. Missä kuuluu kuolla? Teoksessa Elämän Puu. Toim. Hänninen, J. & Luomala, M. Helsinki: Otava

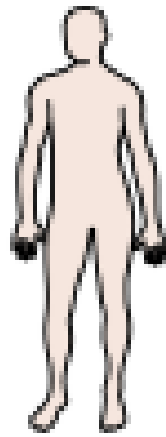
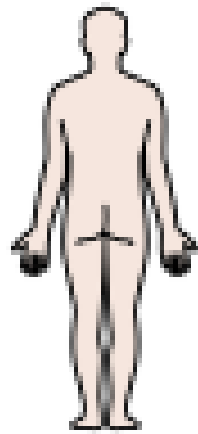
Ylikarjula, S. 2008. Kuolema on. Helsinki: Kirjapaja.

Liitteet

LIITE 1. VAS- (Visual Analogue Scale)



LIITE 2. Kehon kuvia



LIITE 3. Power point esitys omaisille

Elämän loppuvaiheen lähestyessä

Katja Heija, Sini Lehtonen ja Heidi-Maria Rinne

Opinnäytetyömme lähtökohdat

- Oma kiinnostuksemme aiheeseen aiemman koulutuksemme kautta
- Yhteistyö toimeksiantajan ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun kanssa
 - alkoi helmikuussa 2014
 - Yhteiset ajatukset/näkemykset hyvästä saattohoidosta
 - Kuinka lisäämme omaisten tietoutta hyvästä saattohoidosta ja kuinka rohkaisemme omaisia keskustelemaan saattohoidosta hoitajien kanssa
 - Saattohoito-oppaan sisällön räätälöinti

- Valtakunnalliset suositukset ja juridiset säädökset
 - Hyvä saattohoito Suomessa (2010) ETENE
 - Käypä hoito-suositus saattohoidosta (2012)
 - Perustuslaki (731/1999)
 - Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
 - Kansanterveyslaki (66/1972)
 - Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimus (63/1999)
 - Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus (2009)
 - Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/1994)

Tuotos

- Saattohoito-opas omaisille
- Se sisältää:
 - Mitä saattohoito on?
 - Fyysiset muutokset (kuoleman läheisyyden merkit, perushoito, ravitseminen ja nestehoito sekä hengitys)
 - Kipu
 - Psyykkiset muutokset ja oireet
 - Omaisets
 - Attendon arvot

Tuotoksen tavoitteena

- On lisätä omaisten tietoutta saattohoidosta ja sen tuomista muutoksista läheisessä
 - Jokainen saattohoitopotilas on yksilöllinen!!
- Olla keskustelun herättäjänä hoitajien ja omaisten välillä
 - Älä jää yksin vaikeiden asioiden kanssa vaan vaadi tukea tässä hetkessä!!
- Rohkaista omaisia osallistumaan saattohoitoon aktiivisesti mukaan omien voimavarojen mukaisesti

Kiitos

- Keinutan, kuuntelen
sui suojaan peittelen.
Keinutan, myöhä on
jo kunlen aallokon.

Ethän pelkää pimeää
siel on monta kynttilää.
Ja viimein sun matkaan
ei pääse saattajakaan.

Yötä vasten vaikka lühdet
jatka vain vaikka on
se suuri suunnaton.
Kohti valkeasta rantaa
lirvaan mun laubjen
sä kuljet tietäen.
- Ettet pelkää enempää
siel on monta kynttilää.
Ja viimein sun matkaan
ei pääse saattajakaan.

Ethän pelkää pimeää
siel on monta kynttilää.
Nuku vain jos väsyttää
vielä valvon vierellä.

Ja viimein sun matkaan
ei pääse saattajakaan.
Ja lohtu on mulle
että siellä on kaikki sulle.

(Johanna Kurkela, Prinsessalle)



LIITE 4. Saattohoito-opas omaisille

Elämän loppuvaiheen lähestyessä

MITÄ SAATTOHOITO ON?

Saattohoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan, kuolevan ihmisen kokonaisvaltaista ja inhimillistä hoitoa ja kohtelua sekä hänen omaistensa tukemista. Saattohoitopäätöksen tekee yleensä hoitava lääkäri ja se on lääketieteellinen päätös, mikä perustuu lääketieteelliseen arvioon potilaan tilasta ja ennusteesta. Se pyritään tekemään yhteisymmärryksessä potilaan ja omaisten kanssa (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Saattohoidon tavoitteena on, että keskitytään asukkaiden oireiden lievittämiseen ja elämänlaadun parantamiseen loppuelämän ajan mm. luopumalla tutkimuksista, jotka eivät edesauta potilaan hyvinvointia.

Saattohoito on aktiivista hoitoa, jonka pääperiaatteena on ihmisarvon kunnioitus. Se ei sulje pois mitään sellaista hoitoa, jolla voidaan vaikuttaa asukkaan hyvinvointiin lisäävästi. Saattohoito koostuu aina asukkaan kivun ja muiden oireiden lievityksestä ja hoidosta, kärsimysten ehkäisystä sekä henkisten ongelmien ratkaisemisesta. Hyvä perushoito on yksi tärkeimmistä saattohoidon osa-alueista. Omaisten tukeminen on myös olennainen osa saattohoitoa.

FYYSISET MUUTOKSET

Kuoleman läheisyyden merkkejä

Kuoleman lähestyessä ihmisen elintoiminnot muuttuvat. Lähestyvän kuoleman oireita ovat yleensä esimerkiksi hengityksen pinnallisuus ja hengityskatkokset, limaisuus, levottomuus ja lämmön nousu tai kuume, sekä vähenevä tietoisuus ympäröivästä maailmasta. Hengitys saattaa lisääntyneen liman erityksen vuoksi muuttua äänekkääksi. Verenkierto raajojen ääriosoissa, kuten sormissa ja jaloissa heikkenee ja tästä johtuen iho muuttuu viileämmäksi. Viileys leviää vähitellen vartaloa kohti. Hengitys muuttuu pinnallisemmaksi ja rintakehän liike vähenee. Yleensä tässä vaiheessa ihmisen tajunnantaso on alentunut ja nieleminen ei enää onnistu. Vähitellen hengittäminen loppuu kokonaan.

Perushoito

Hyvä perushoito on tärkein osa saattohoitoa. Se on asukkaan kunnioittamista vaikuttaen fyysiseen sekä psyykkiseen hyvinvointiin. Hyvä perushoito koostuu ravinnonsaannin yksilöllisestä toteuttamisesta, puhtaudesta huolehtimisesta, ihon ja suun hoidosta, asentohoidosta, lääkehoidosta, läsnäolosta ja henkisestä sekä hengellisestä tukemisesta.

Hyvään perushoitoon kuuluu myös asukkaiden tarpeiden kuuleminen.

Ravitseminen ja nestehoito

Saattohoitotilanteessakin asukas voi jatkaa syömistä ja juomista niin kauan kuin nieleminen onnistuu. Yleensä viileät nesteet, kuten esimerkiksi mehukeitot, kiisselit tai sakeat juomat tuntuvat miellyttävimmiltä silloin, kun nieleminen on jo vaikeutunut. Kun asukas ei halua tai jaksa syödä, niin hänen tahtoaan tulisi kunnioittaa. Kuoleman lähestyessä ruokahalu usein hiipuu. Voinnin hei-

kentyessä myös nieleminen loppuu vähitellen yleensä kokonaan tai heikkenee niin, että aspiraatoriski kasvaa suureksi eli suussa oleva ruoka tai neste voi joutua ruokatorven sijaan henkitorveen.

Laskimoon annettava nestehoito ja ravitsemus eivät yleensä ole aiheellista saattohoidossa. Laskimonsisäisen nesteytyksen ei uskota lievittävän janon tunnetta vaan sitä voidaan lievittää kostuttamalla suuta. Nesteytyksellä ei ole todettu olevan vaikutusta elinikään. Sen sijaan nestehoito saattaa lisätä esimerkiksi turvotusta ja nesteen kertymistä keuhkopussiin ja vatsaonteloon. Nestehoitoon liittyvistä asioista keskustellaan aina asukkaan ja hänen omaistensa kanssa.

Hengitys

Hengenahdistus on oire, joka voi johtua monesta eri syystä. Sairauden eteneminen voi olla syynä hengenahdistukseen, mutta myös esimerkiksi henkinen ahdistuneisuus voi lisätä hengitysoireita. Kuoleman lähestyessä hengitys muuttuu katkonaiseksi ja hiipuu hiljalleen. Hapen antaminen asukkaalle ei yleensä lievitä hengitysoireita saattohoitovaiheessa. Esimerkiksi huoneen ikkunan avaamisesta tai tuulettimesta tuleva ilmvirta usein helpottaa hengittämistä. Asukkaan turvallinen olo ja esimerkiksi riittävä kivunhoito lievittävät myös omalta osaltaan hengitysoireita.

KIPU

Kivun tunteminen ja kokeminen on hyvin yksilöllistä. Kiputuntemuksia voivat aiheuttaa sairauteen liittyvien syiden lisäksi myös erilaiset tunnetilat, kuten pelko, ahdistus tai yksinäisyys. Kivun hoidon tärkeitä kysymyksiä ovat mitä kipua on ja missä ja millaisena se tuntuu?

Kivun hoitaminen vaatii tiivistä ja moniammatillista yhteistyötä, johon osallistuvat kaikki asukkaan parissa työskentelevät. Kivun tunnistamisessa paras asiantuntija on asukas itse. Sanallisten ilmauksien vähentyessä seurataan käytösmuutoksia, kuten levottomuutta, kasvojen liikkeitä tai pelokkuuden ilmaisuja.

Kipua lievitetään usein lääkkeillä, mutta yhtä tärkeää on asiakkaan luona oleminen ja hänen huomiointi. Koska kivun tunne voi tulla myös pelosta tai ahdistuksesta, monesti myös läsnä oleminen, koskettaminen tai rauhallinen puhuminen voivat lievittää kipua.

Lääkkeitä käytettäessä yleensä edetään porrastetusti. Lääkehoito aloitetaan kevyemmistä lääkkeistä siirtyen vahvempiin. Jokaisella asukkaalla on yksilöllinen kipulääkehoito, joiden määräämisestä vastaa lääkäri. Riittävä kipulääkitys on saattohoidon kulmakiviä.

PSYKKISET MUUTOKSET JA OIREET

Saattohoitopotilaan yleisimpiä psyykkisiä oireita ovat masennus, ahdistus, pelkotilat, unettomuus ja sekavuus. Usein oireita on useita ja osa niistä on ohimeneviä kriisireaktioita. Oireet saattavat olla läheisiä hämmentäviä ja pelottavia. Tärkeä on tiedostaa, että kyseessä on sairastumiseen liittyvä piirre. Fyysiset ja psyykkiset oireet vaikuttavat toisiinsa lähes poikkeuksetta: kipu lisää masennusta ja ahdistusta ja masentuneisuus laskee kipukynnystä ja saa kivun tuntumaan pahemmalta. Psyykkisten oireiden syyt yritetään aina selvittää ja niitä pyritään lievittämään. Lääkehoidolla pystytään vaikuttamaan osaan oireista, mutta tärkeämpää on rauhallisuus, turvallisuus, aito läsnäolo ja kuunteleminen.

OMAISET

Saattohoidossa perheellä tai läheisillä ihmisillä on tärkeä merkitys. Meille rakkaat ihmiset antavat puheillaan ja toiminnallaan voimaa ja sisältöä elämään. Saattohoidon yhtenä periaatteena on, että omaiset otetaan alusta asti hoitamiseen mukaan. Hoitohenkilökunta pyrkii tekemään yhteistyötä perheen kanssa hoidon suunnittelusta toteutukseen sekä arviointiin saakka. Hoitoneuvottelun järjestämisellä mahdollistetaan asukkaan ja perheen kohtaaminen ja sen avulla voidaan tukea koko perhettä. Asukas itse määrittelee, ketkä kuuluvat hänen perheeseen ja ketkä osallistuvat hoitoneuvotteluun. Hoitoneuvottelun järjestää omahoitaja ja siihen osallistuvat kaikki asukasta hoitavat henkilöt. Suru voi vaikuttaa ihmisiin kokonaisvaltaisesti. Fysiologisia oireita voivat olla päänsärky, uupumus ja väsymys. Emotionaalisia oireita voivat olla pelko, ahdistus, masentuneisuus, syyllisyys tai syvä kaipaus. Oireet ja reaktio ovat normaaleja ja luonnollisia. Omahoitaja tai muu tutuksi tullut hoitaja mielellään vastaa kysymyksiin, auttaa ja tukee mieltä askarruttavissa asioissa. Älä jää yksin miettimään vaan käänny rohkeasti hoitohenkilökunnan puoleen.

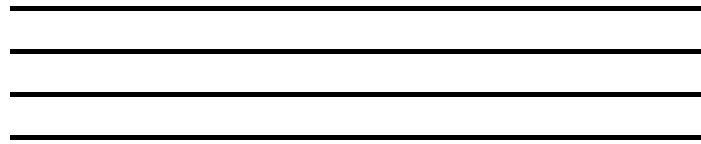
Arvomme ovat:

Osaaminen - Tunnistamme ja ymmärrämme asiakkaidemme tarpeet. Oikea työntekijä oikeaan paikkaan.

Sitoutuminen - Näemme ratkaisuja ongelmien sijaan. Teemme sen minkä lupaamme.

Välittäminen - Autamme ihmisiä auttamaan itseään. Arvostamme asiakkaitamme, potilaitamme ja työtovereitamme yksilöinä ja kohtelemme heitä kunnioittavasti ja empaattisesti.

Yhteystiedot:



Keinutan, kuuntelen
sut suojaan peittelen.
Keinutan, myöhä on
jo kuulen aallokon.

Yötä vasten vaikka lähdet
jatka vain vaikka on
se suuri suunnaton.
Kohti valkeata rantaa
laivaan mun laulujen
sä kuljet tietäen.

Ethän pelkää pimeää
siel on monta kynttilää.
Nuku vain jos väsyttää
vielä valvon vierellä.

Ja viimein sun matkaan
ei pääse saattajatkaan.
Ja lohtu on mulle
että siellä on kaikki sulle.

-Johanna Kurkela, Prinsessalle-